



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS

BRUNA MONIQUE OLIVEIRA ROCHA

**TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR DO INIMPUTÁVEL POR
FATO PREVISTO COMO CRIME PUNIDO COM RECLUSÃO:
(IM)POSSIBILIDADE**

Brasília
2015

BRUNA MONIQUE OLIVEIRA ROCHA

**TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR DO INIMPUTÁVEL POR FATO
PREVISTO COMO CRIME PUNIDO COM RECLUSÃO:
(IM)POSSIBILIDADE**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília- UniCEUB.

Orientador: Prof. Me. José Osterno Campos de Araújo.

**Brasília
2015**

BRUNA MONIQUE OLIVEIRA ROCHA

**TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR DO INIMPUTÁVEL POR FATO
PREVISTO COMO CRIME PUNIDO COM RECLUSÃO:
(IM) POSSIBILIDADE**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Bacharelado em
Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas
e Sociais do Centro Universitário de Brasília-
UniCEUB.

Orientador: Prof. Me. José Osterno Campos
de Araújo.

Brasília, de de 2015

Banca Examinadora

Orientador Prof. José Osterno
(Centro Universitário de Brasília – UniCEUB)

Examinador Prof.

Examinador Prof.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a *Deus* que sem a presença Dele, nada disso seria possível. De quantos bens acumulou-nos o Senhor!

Agradeço também à *Maria*, Mãe de Deus e minha mãe, por sempre interceder por mim nos momentos em que eu achava que não daria conta.

Agradeço ao *meu Pai*, por toda batalha durante a vida e por sempre me apoiar para que meu sonho se tornasse realidade.

Agradeço *minha Mãe*, por todos os esforços possíveis e impossíveis que ela fez em prol da minha formação.

Agradeço minha irmã *Gabriela*, por tamanha admiração e respeito, fazendo com que eu seja uma pessoa cada vez melhor.

Agradeço a *toda minha família*, por entender que esse período de 5 anos seria de muita ausência e, ainda assim, tentar se fazer presente em minha vida nos tempos livres.

Agradeço ao meu amado *Pedro Amorim*, por toda paciência, por todo amor, por todo apoio, por todas as falas “*meu bem, você vai conseguir*” ou “*meu bem, você é capaz, tenho muito orgulho de você*”.

Agradeço às minhas *amigas “Xulapeiras”*, por ter vivido todo esse momento acadêmico comigo, mas também por todos os momentos vividos dentro da vida de cada uma. Amizade para sempre que começou aqui!

Agradeço ao meu *Orientador José Osterno*, por todo apoio nesse meu tema, por todas as vezes que ele teve que ler e corrigir, por todas as dicas e ensinamentos.

Agradeço ao *Uniceub*, faculdade que foi por mim pensada desde o dia em que sonhei com o Direito e resultou na minha formação e de vários familiares meus. Obrigada pelo acolhimento durante esses 5 anos, por todas as dores de cabeça por ser uma faculdade tão exigente, por todas as alegrias, por todas as minhas amizades conquistadas e todas minhas lembranças eternas.

RESUMO

Este trabalho visa analisar a aplicação da legislação penal no que diz respeito aos critérios de definição da determinação da medida de segurança a ser cumprida pelo inimputável em razão de doença mental por fato previsto com pena de reclusão, com base nos princípios do Direito Penal e enfrentando a discussão sobre o conflito que dispõe a própria legislação penal e a Lei n. 10.216/01. A discussão entre a Lei de Reforma Psiquiátrica n. 10.216/01 e a Lei Penal se dá, principalmente, porque a primeira dispõe que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, o que a Lei Penal até a presente data não recepcionou totalmente, tratando a medida de segurança basicamente pela gravidade abstrata do crime: se penalizados com reclusão, internação e se penalizado com detenção, tratamento ambulatorial. Porém, mesmo que a Lei Penal ainda não tenha recepcionado totalmente a Lei de Reforma Psiquiátrica, percebe-se um grande avanço nas orientações jurisprudenciais de todas as instâncias quanto à possibilidade do tratamento ambulatorial do inimputável por fato previsto por reclusão, acolhendo o entendimento da lei n. 10.216/01.

Palavras-chave: Medida de segurança. Lei de Reforma Psiquiátrica. Inimputável. Reclusão. Tratamento extra-hospitalar. PAI-PJ. PAILI.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1 CONCEITO ANALÍTICO DO CRIME	8
1.1 Tipicidade	8
1.2 Antijuridicidade	9
1.3 Culpabilidade	10
1.3.1 Imputabilidade	11
1.3.2 Potencial consciência sobre a ilicitude do fato	12
1.3.3 Exigibilidade de conduta diversa	13
2 AGENTE INIMPUTÁVEL POR DOENÇA MENTAL	15
2.1 Breve histórico do tratamento do doente mental antes do direito penal	15
2.2 O tratamento do doente mental ao longo da história do direito penal	16
2.3 Inimputabilidade por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado	22
3 CONSEQUÊNCIA JURÍDICA PARA O INIMPUTÁVEL PELA PRÁTICA DE FATO PREVISTO COMO CRIME	25
3.1 Espécies	26
3.1.1 Medida de segurança de internação	26
3.1.2 Medida de segurança de tratamento ambulatorial	27
3.2 Duração da medida de segurança	28
4 POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR NO FATO PREVISTO COMO CRIME PUNIDO COM RECLUSÃO	31
4.1 A necessidade do ajuste do Direito Penal à luz da Lei 10.216/01	32
4.2 Possibilidade do tratamento extra-hospitalar do inimputável por fato previsto como crime punido com reclusão	37
4.3 Jurisprudência dos Tribunais	41
4.3.1 Superior Tribunal Federal	41
4.3.2 Superior Tribunal de Justiça	42
4.3.3 Tribunal Regional Federal da 1ª Região	43
4.3.4 Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios	45
4.4 Sobre o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ) e o PAILI	47
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	54

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende analisar a aplicação da legislação penal no que diz respeito aos critérios de definição da determinação da medida de segurança a ser cumprida pelo inimputável em razão de doença mental por fato previsto com pena de reclusão, com base nos princípios do Direito Penal (DP) e enfrentando a discussão sobre o conflito que dispõe a própria legislação penal e a Lei n. 10.216/01.

O interesse pelo tema surgiu a partir da leitura do trabalho de Pós-Graduação da Aluna Renata Portella Dornelles da Universidade de Brasília em que na introdução do seu trabalho deu um depoimento contando que, enquanto Delegada da Polícia Civil do Distrito Federal (DF), a situação dos internados na Ala de Tratamento Psiquiátrico era extremamente precária: não tinham acesso à assistência regularmente, eram tratados muitas vezes por médicos voluntários, existiam pouquíssimos profissionais especializados nas áreas que eles necessitam e, no Presídio Feminino DF, por falta de uma ala específica para a internação das mulheres, as mesmas ficavam juntas com as detentas, vivenciando uma verdadeira pena de prisão.

A forma de se punir o delito variou ao longo do tempo no Direito Penal de origem romano-germânica, considerando as espécies de penas desde a pena de morte e penas corporais, da privação da liberdade às restritivas de direito, até as suas possíveis consequências como a responsabilização penal ou não, imputação ou não de pena, medidas de segurança e suas espécies.

No século XVIII, o motivo para responsabilizar um indivíduo por meio da aplicação de sanção penal era construída com base no livre-arbítrio, o que tirava dos doentes mentais a possibilidade de serem afetados pela imposição do cumprimento de uma pena. Já no século XIX, sobre a orientação do Positivismo, os doentes mentais, apesar de não serem responsabilizados, eram compulsoriamente destinados aos estabelecimentos especializados. O que passou a ser em razão do reconhecimento que

o doente mental poderia ser perigoso para a sociedade e assim, deveria ser tratado compulsoriamente.

Porém, no século XX, a insuficiência do asilo ganha força, primeiramente, caindo sobre os próprios pressupostos da psiquiatria e a condenação de seus efeitos de normatização e controle. Depois, em um segundo momento, se constituir em um reclame à cidadania do louco. Juntamente ao movimento antimanicomial, na área jurídica, muitas críticas passaram a ser feitas em relação às medidas de segurança, por entender que fere os princípios de um direito penal mínimo tal como o da dignidade do ser humano, da legalidade e da proporcionalidade, entre outros.

Como resultado de uma visão nova sobre a política pública de saúde a ser adotada em relação aos doentes mentais, foi promulgada a Lei de Reforma Psiquiátrica n. 10.216/2001. Diz essa lei que, em regra, o tratamento deve ser em liberdade, com a utilização de recursos extra-hospitalares. Dispõe em outro artigo que a internação psiquiátrica somente pode ser realizada mediante laudo médico circunstanciado que indique seus motivos.

Dado que esta lei se refere à questão de saúde mental de uma forma geral, pergunta-se se deve ser aplicado também na área penal, o que implicaria em uma reformulação do tratamento que é conferido pela atual legislação repressora. De qualquer maneira, aceitando ou não a nova lei ao doente mental que comete conduta típica e antijurídica, é preciso pelo menos interpretar a legislação penal de forma a entender os princípios penais, garantindo que a medida de segurança seja adequada à necessidade do indivíduo.

1 CONCEITO ANALÍTICO DO CRIME

O conceito analítico do crime surgiu, de acordo com Cezar Roberto Bitencourt e Francisco Muñoz Conde:

“com Carmignani (1833), embora encontre antecedentes em Deciano (1551) e Bohemero (1732). Para Carmignani, a ação delituosa compor-se-ia do concurso de uma força física e de uma força moral. Na força física estaria a ação executora do dano material do delito, e na força moral situar-se-ia na culpabilidade e o dano moral do delito. Essa construção levou ao sistema bipartido do conceito clássico de crime, dividido em aspectos objetivo e subjetivo. A construção do conceito analítico do delito, no entanto, veio a completar-se com a contribuição decisiva de Beling (1906), com a introdução do elemento tipicidade. Embora a inicialmente confusa e obscura definição desses elementos estruturais, que se depuraram ao longo do tempo, o conceito analítico, predominante, passou a definir o crime como a ação típica, antijurídica e culpável”.¹

Assim, o conceito analítico examina o crime como um todo, não buscando os elementos da infração penal de forma separada.² De acordo com esse conceito, para que seja considerado crime, o fato deve ser definido em lei, contrário ao direito e o ato ser imputável ao autor. Ou seja, o crime possui três elementos: tipicidade, antijuridicidade e culpabilidade.³ Não obstante, doutrinariamente, há que entender esta teoria tripartida, adotada pelos doutrinadores Rogério Greco, Luiz Regis Prado, Heleno Fragoso, Assis Toledo, dentre outros, a mais aceita majoritariamente no Brasil⁴.

1.1 Tipicidade

Júlio Mirabete entende que para haver a tipicidade no fato concreto “é necessário que ele se contenha perfeitamente na descrição legal, ou seja, que haja

¹ BITENCOURT, Cezar Roberto; MUÑOZ CONDE, Francisco. *Teoria geral do delito*. São Paulo: Saraiva, 1988. p. 22.

² GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*. 10. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011. v.1. p. 142

³ NORONHA, E. Magalhães. *Direito penal*. 34. ed. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 97

⁴ NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de direito penal: parte geral: parte especial*. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.p. 174

perfeita adequação do fato concreto ao tipo penal”.⁵ Portanto, para a adequação perfeita do fato, há de se possuir certos elementos: a conduta (dolosa/culposa, comissiva ou omissiva), o resultado, o nexo causal e a tipicidade.⁶

Para explicar esses quatro elementos, Damásio de Jesus usa o exemplo do agente que desfere facadas na vítima e a mesma decorrente dessas lesões morre. Assim, explica:

“No exemplo, encontramos os quatro elementos. Há uma conduta, qual seja, a de o sujeito esfaquear a vítima. O resultado morte. O nexo entre a conduta e o resultado, uma vez que a vítima faleceu em consequência das lesões produzidas pelas facadas. E o acontecimento se enquadra no art. 121 CP.”⁷

1.2 Antijuridicidade

A antijuridicidade, também entendida pela expressão ilicitude, é a oposição entre o fato típico praticado pelo agente e o ordenamento jurídico. Dessa forma, presume-se que o fato típico cometido pelo agente é antijurídico, salvo se verificar uma das causas excludentes de ilicitude previstas no Código Penal.⁸

As causas excludentes de ilicitude estão previstas, na parte geral, no artigo 23 do Código Penal (CP). Esse artigo prevê quatro causas excludentes da antijuridicidade da conduta típica praticada pelo agente. Dessa maneira, os fatos – em sua maioria ilícitos - que são cometidos em: estado de necessidade, legítima defesa, estrito cumprimento de um dever legal ou em exercício regular de direito, serão considerados lícitos⁹. Dispõe o artigo 23 do Código Penal:

“Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato:
I - em estado de necessidade;

⁵ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.87.

⁶ GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*. 10. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011. v.1. p. 142.

⁷ JESUS, Damásio E. de. *Direito Penal*, volume I: parte geral. 31 ed. São Paulo. Saraiva, 2010. p. 197

⁸ GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*. 10. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011. v.1. p. 143.

⁹ TOLEDO, Francisco de Assis. *Princípios básicos de direito penal*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1994. p. 172.

II - em legítima defesa;

III - em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito.

Excesso punível

Parágrafo único - O agente, em qualquer das hipóteses deste artigo, responderá pelo excesso doloso ou culposo.”¹⁰

Há também outra causa de excludente de ilicitude que não se encontra no ordenamento jurídico penal. Doutrinariamente, o consentimento do ofendido também é causa excludente de ilicitude de natureza supralegal. Caso não encontrem alguns destes requisitos citados abaixo, há ilicitude na conduta do agente. Tal excludente depende de três elementos para a licitude, segundo Rogério Greco¹¹:

- “a) que o ofendido tenha capacidade para consentir;
- b) que o bem sobre o qual recaia a conduta do agente seja disponível;
- c) que o consentimento tenha sido dado anteriormente, ou pelo menos numa relação de simultaneidade à conduta do agente.”

Vale destacar, por fim, que o consentimento do ofendido também pode ser excludente da tipicidade nos casos em que o crime sem o consentimento do ofendido torna-se atípico.

1.3 Culpabilidade

Ao ilícito cometido pelo agente se faz um juízo de reprovação no qual é chamado de Culpabilidade. De acordo com Fernando Capez, a culpabilidade consiste na “possibilidade de se considerar alguém culpado pela prática de uma infração penal. Por essa razão, costuma ser definida como juízo de censurabilidade e reprovação exercido sobre alguém que praticou fato típico e ilícito”¹².

Já na visão de Welzel, entende-se que:

“Culpável, portanto, é o fato praticado por um sujeito imputável que tinha possibilidade de saber que seu comportamento era proibido pelo ordenamento jurídico, e que, nas circunstâncias em que agiu, poderia ter

¹⁰ BITENCOURT, Cezar Roberto. *Código penal comentado*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 70.

¹¹ GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*. 10. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011. p. 143.

¹² CAPEZ, Fernando. *Curso de direito penal: parte geral*. 10. ed, São Paulo: Saraiva, 2006. v.1. p.297.

agido de modo diferente, conforme o direito. Se o fato for culpável, ter-se-á aperfeiçoado o crime, e deverá ser, de consequência, uma pena.”¹³

Segundo Rogério Greco, a concepção finalista assumida no sistema penal brasileiro traz três elementos que integram a culpabilidade, quais sejam: a) imputabilidade; b) potencial consciência sobre a ilicitude do fato; c) exigibilidade de conduta diversa¹⁴.

Assim, a seguir a análise de cada um dos elementos, respeitando o que é consagrado pela doutrina finalista.

1.3.1 Imputabilidade

Entende-se por imputabilidade a possibilidade de atribuir ao agente a capacidade de compreender a conduta concretizada, ou seja, a possibilidade de atribuir o fato típico e ilícito ao agente. Contudo, para isso é necessário que esse tenha a capacidade de entender o caráter ilícito do fato e a capacidade de se autodeterminar.

Nesse sentido, explica Magalhães Noronha:

“a imputabilidade é o conjunto de requisitos pessoais que conferem ao indivíduo capacidade, para que, juridicamente, lhe possa ser atribuído um fato delituoso. Pelos próprios termos do art. 26, imputável é a pessoa capaz de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento. Sinteticamente, pode dizer-se que imputabilidade é a capacidade que tem o indivíduo de compreender a ilicitude de seu ato e de livremente querer praticá-lo.”¹⁵

O agente que não possui tais capacidades é chamado inimputável. Dessa forma, não comete crime o inimputável, pois mesmo que tenha um fato típico e antijurídico, o autor não tem o binômio necessário da imputabilidade, ou seja, o entendimento e a autodeterminação. A inimputabilidade, explicada com mais detalhes no próximo capítulo, enseja uma medida de segurança com o fim meramente

¹³ TELES, Ney Moura. *Direito penal: Parte geral*. São Paulo: Atlas, 2004. p. 283.

¹⁴ GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*. 10. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011. v.1. p. 143.

¹⁵ NORONHA, E. Magalhães. *Direito penal*. 34. ed. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 164.

terapêutico baseado na periculosidade do agente.¹⁶ Sobre a comparação entre periculosidade e culpabilidade, explica Sérgio Antônio Fabris:

“Podemos, pois, reafirmar, em perspectiva bem mais acurada e extensiva, que o crime é o fato humano típico e ilícito, em que a culpabilidade é o pressuposto da pena, e a periculosidade o pressuposto da medida de segurança.”¹⁷

1.3.2 Potencial consciência sobre a ilicitude do fato

Não basta somente que o agente seja imputável. É imperioso também analisar se o indivíduo tinha a possibilidade de avaliar a ilicitude do fato cometido.¹⁸ Ou seja, se o indivíduo poderia alcançar a ciência de que a conduta é ilícita, conforme o ordenamento jurídico.¹⁹ Essa condição é chamada de potencial consciência sobre a ilicitude.

Ney Moura Teles esclarece que “quem age sem possibilidade de saber que fere o direito atua na certeza de que sua conduta é de acordo com a ordem jurídica e, assim sendo, não pode merecer qualquer censura que só é possível quando se pudesse exigir do homem conhecer que seu gesto é proibido”²⁰.

Logo, a possibilidade de conhecimento da ilicitude é essencial à culpabilidade, já que a conduta do indivíduo não poderá ser analisada pelo juízo de reprovação, se o agente não conhecia que a conduta perpetrada por ele é contrária ao direito.²¹

Porém, tal conceito não pode se confundir com o desconhecimento da lei. A diferença entre as duas situações está no fato que ninguém pode argumentar que não

¹⁶ NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de direito penal: parte geral: parte especial*. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 307.

¹⁷ FABRIS, Sérgio Antônio. *Teoria geral do crime*. Porto Alegre: Fabris, 1991. p.36.

¹⁸ TELES, Ney Moura. *Direito penal: Parte geral*. São Paulo: Atlas, 2004. p. 294.

¹⁹ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.183.

²⁰ TELES, Ney Moura. *Direito penal: Parte geral*. São Paulo: Atlas, 2004. p. 294.

²¹ TELES, Ney Moura. *Direito penal: Parte geral*. São Paulo: Atlas, 2004. p. 295.

conhece a lei. Entretanto, poderá ser escusável o desconhecimento da ilicitude da conduta, afastando a culpabilidade.²²

Nesse sentido, Assis Toledo:

“Parece-nos elementar, que, sendo a “lei” uma coisa e a “ilicitude” de um fato outra bem diferente, só mesmo por meio de uma imperdoável confusão a respeito do verdadeiro sentido desses dois conceitos se poderá chegar à falsa conclusão de que ignorância da lei é igual a ignorância da ilicitude de um fato da vida real. Fixemos: lei, em sentido jurídico estrito, é a norma escrita editada pelos órgãos competente do Estado. Ilicitude de um fato é a correlação de contrariedade que se estabelece entre esse fato e a totalidade do ordenamento jurídico vigente. Se tomarmos, de um lado, a totalidade das leis vigentes e, de outro, um fato da vida real, não será preciso muito esforço para perceber que a eventual ilicitude desse fato não está no fato em si, nem nas leis, mas entre ambos, isto é, na mútua contrariedade que se estabeleceu entre o fato concreto, real, e o ordenamento jurídico no seu todo. Assim, pode-se conhecer perfeitamente a lei e não a ilicitude de um fato, o que bem revela a nítida distinção dos conceitos em exame.”²³

1.3.3 Exigibilidade de conduta diversa

A exigibilidade de conduta diversa é elemento da culpabilidade, que consiste na possibilidade de exigir do agente um comportamento distinto daquele tomado ao cometer, na ação ou na omissão, ato contrário ao ordenamento jurídico.²⁴

Assim, se entende que a inexigibilidade de conduta diversa é a prática de conduta ilícita e típica, quando em momento adverso, não se poderia esperar do indivíduo outro comportamento. Ou seja, “a realidade impõe-lhe atuar contra o Direito, e ele, mesmo sabendo proibido, realiza o comportamento”²⁵.

Concluindo todo o entendimento referente à culpabilidade, Júlio Fabbrini expõe:

²² TELES, Ney Moura. *Direito penal: Parte geral*. São Paulo: Atlas, 2004. p. 295.

²³ TOLEDO, Francisco de Assis. *Princípios básicos de direito penal*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1994. p. 262-263.

²⁴ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.184.

²⁵ TELES, Ney Moura. *Direito penal: Parte geral*. São Paulo: Atlas, 2004. p. 296.

“Só há culpabilidade se o sujeito, de acordo com suas condições psíquicas, podia estruturar sua consciência e vontade de acordo com o direito (imputabilidade); se estava em condições de poder compreender a ilicitude de sua conduta (possibilidade de conhecimento da ilicitude); se era possível exigir, nas circunstâncias, conduta diferente daquela do agente (exigibilidade de conduta diversa). São esses, portanto, os elementos da culpabilidade.”²⁶

Após a explanação quanto o conceito analítico do crime, vale destacar que ao final desse capítulo que o inimputável, apesar de cometer fato típico e antijurídico, não possui o quesito da culpabilidade uma vez que não tem condições psíquicas de consciência e vontade conforme o direito.

²⁶ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1.p.184.

2 AGENTE INIMPUTÁVEL POR DOENÇA MENTAL

Como explicado anteriormente, ao agente que não possui a capacidade de entender e de se autodeterminar, mesmo que cometendo fato típico e ilícito, será inimputável. O art. 26 do Código Penal dispõe que a inimputabilidade do agente pode ser por doença mental ou por imaturidade natural²⁷.

A imaturidade natural se refere ao menor de 18 anos que é considerado pelo Código Penal como um indivíduo em desenvolvimento mental incompleto presumido, por entender o legislador que não há capacidade plena do desenvolvimento para implicar a pena pela prática de um crime. Nos termos do art. 27 do Código Penal, eles são submetidos à legislação especial da lei n. 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).²⁸

Em relação à inimputabilidade por doença mental, cabe, antes de adentrar nos pormenores que implicam essa inimputabilidade, fazer pequenas considerações históricas do doente mental ao longo do direito penal.

2.1 Breve histórico do tratamento do doente mental antes do direito penal

É possível perceber a discriminação do doente mental no decorrer da história. Aníbal Bruno descreve que “entre os romanos, os furiosi eram excluídos do Direito Penal, mas se lhes impunha um estado de custódia [...]”²⁹. Da mesma forma, Michel Foucault demonstra essa exclusão dos loucos no século XV, com referência aos barcos que os levavam de uma cidade a outra, chamados Nau dos Loucos (Narrenschiff), explicando:

“Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escoraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores

²⁷ GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*. 10. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011. v.1. p. 385.

²⁸ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.197

²⁹ BRUNO, Aníbal. *Direito penal: Parte geral*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984. t. 3. p. 256.

e peregrinos. [...] Portanto, os loucos não são corridos das cidades de modo sistemático. Por conseguinte, é possível supor que são escorraçados apenas os estrangeiros, aceitando cada cidade tomar conta apenas daqueles que são seus cidadãos.”³⁰

Entre a Idade Média e o período da Renascença, os loucos eram recebidos nos hospitais com o objetivo da cura e do afastamento. Inclusive, nesses hospitais havia *locais* exclusivos à prisão desses indivíduos.³¹ Nos séculos XVI e XVII, são instituídas as Casas de Correção ou de Trabalho para serem alimentados e acolhidos os sujeitos que por livre arbítrio se apresentassem ou aqueles conduzidos por ordem superior judiciária ou real. Como o próprio nome já diz, nesses locais, se fazia o uso de trabalho forçado e punições corpóreas. Ao mesmo tempo, os Hospitais Gerais são estabelecidos para abrigar pessoas portadoras de doenças que precisassem de tratamentos médicos, principalmente os que necessitavam de isolamento.³²

Assim, no século XVIII, os manicômios são criados para tratamento dos loucos, no qual diz Foucault que “sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento”.³³ No final desse século, as diretrizes do direito penal começavam a ser construídas levando como base parte desses entendimentos históricos para as medidas penais.

2.2 O tratamento do doente mental ao longo da história do direito penal

Durante o século XVIII, a imputação de sanções penais a um sujeito era influenciado pelos ensinamentos da Escola Clássica baseado no livre arbítrio para a responsabilização penal do indivíduo. Essa condição impossibilitava o cumprimento de

³⁰ FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999. p. 9-12.

³¹ FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999. p. 10-11.

³² FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999. p. 49.

³³ FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999. p. 48.

pena ao doente mental, pois não tinha como aferir que ele possuía o livre consentimento e a inteligência da prática do crime.³⁴

Apesar da evolução de ideias positivistas e do avanço da Psiquiatria especialmente com Pinel no século XIX, no Brasil, o Código Criminal do Império de 1830 ainda era influenciado pela Escola Clássica na qual, para a solução desse problema, o Código propunha:

“Art.10:

... não se julgarão criminosos:

§ 2. Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime.”³⁵

Nessa época, não existiam muitas concepções de louco e suas espécies. Tanto que os loucos para serem caracterizados como tais, não precisavam passar por laudo médico. Assim, o “juiz de direito (era) obrigado a formular quesito sobre o estado de loucura do réu, quando lhe for requerido”³⁶, e o “suposto exame” deveria ser feito diante do júri “que é quem devia apreciá-lo para decisão. A circunstância da loucura, ainda que de notoriedade pública, só podia ser tomada em consideração pelo júri”³⁷.

O destino dos doentes mentais era um tanto incerto porque cometiam crimes, mas não eram considerados criminosos. Vale lembrar que nesse período não existia os hospitais específicos, somente as prisões e os hospitais da Santa Casa. Colaciona-se do mesmo Código no seu artigo 12: “Os loucos que tiverem cometido crimes serão

³⁴ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 55.

³⁵ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006>. Acesso em: 22 set. 2015.

³⁶ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006>. Acesso em: 22 set. 2015.

³⁷ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006>. Acesso em: 22 set. 2015.

recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente" ³⁸.

Em 1890, o primeiro Código Penal da República, pautado entre a preponderância da Escola Positiva e da Clássica, trouxe várias mudanças relacionadas aos doentes mentais. Tal mudança pode ser depreendida nos seus artigos:

“Art 1. Ninguém poderá ser punido por fato que não tenha sido qualificado crime, nem com penas que não estejam previamente estabelecidas.

[...]

Art 7. Crime é violação imputável e culposa da lei penal.

[...]

Art 27. Não são criminosos:

§3. os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;

§4. os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime.

[...]

Art 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim o exigir para a segurança do público.” ³⁹

De acordo com os artigos citados, mudava-se o sentido do tratamento daqueles considerados inimputáveis. Além de não ter seus atos considerados crime, o rótulo de criminoso dos doentes mentais também não existia.⁴⁰ A partir do Código Penal da República, o encaminhamento dos doentes mentais para o Hospício dos Alienados

³⁸ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006>. Acesso em: 22 set. 2015.

³⁹ FILGUEIRAS-JR apud PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁴⁰ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006>. Acesso em: 22 set. 2015.

passou a ser mencionado na legislação com o condão de segregar aqueles que, por não possuírem culpa do ato perpetrado, precisavam ser afastados da sociedade.⁴¹

Com o escopo de reformar a assistência dos alienados, o decreto n. 1.132 de 1903 definia em seus artigos um tratamento diferenciado no qual ao “indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”⁴², caso fosse comprovada a alienação. Porém, aceitava que o “enfermo de alienação mental poderá ser tratado em domicílio, sempre que lhe forem subministrados os cuidados necessários”⁴³.

Por fim, o decreto n. 1.132/03 menciona sobre os “asilos públicos” no qual impedia “manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos”⁴⁴ e estabelecia que “onde quer que não exista hospício, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial”⁴⁵.

Somente no ano de 1921, no Rio de Janeiro, que foi criado o primeiro manicômio judiciário de acordo com o decreto n. 14.831/21. Apesar dos doentes

⁴¹ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 55.

⁴² BRASIL. *Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903*. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-public-acaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁴³ BRASIL. *Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903*. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-public-acaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁴⁴ BRASIL. *Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903*. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-public-acaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁴⁵ BRASIL. *Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903*. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-public-acaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 22 set. 2015.

mentais não serem culpados, eles eram, de modo obrigatório, enviados aos lugares especializados a fim de proteger a sociedade.⁴⁶

Assim, no fim do século XIX, os estudos entre o crime e o criminoso foram avaliados e regulados pelo biodeterminismo. Também avaliou a sanção penal como forma de proteção da sociedade e uma especial prevenção de pronto que, primeiramente, a medida de segurança se encontrava no mesmo patamar que a pena, com o objetivo de completá-la ou substituí-la.⁴⁷

Portanto, o livre arbítrio não era mais a argumentação para intervir penalmente. Mas sim o perigo demonstrado pelo indivíduo na sua prática criminosa e do dever imprescindível do Estado de assegurar que o crime não voltasse a ocorrer, pelo bem da sociedade.⁴⁸

Com o aprimoramento da ideia de periculosidade, o doente mental por se revelar perigoso ao cometer um crime, passou a ser enquadrado por medidas com caráter penal para que não volte a reincidir na prática de outros crimes. Hoje em dia, tal periculosidade ainda é utilizada para explicar a imposição das medidas de segurança.⁴⁹

Através da influência da Escola Positiva, foi adotado o sistema duplo binário que consistia na execução cumulativa da medida de segurança e da pena ao agente perigoso que surgiu na Itália, em 1930, com o Código de Rocco. E, com a forte influência desse Código, foi criado no Brasil o Código Penal de 1940.⁵⁰

⁴⁶ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 56.

⁴⁷ BRUNO, Aníbal. *Direito penal: Parte geral*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984. t. 3. p.263.

⁴⁸ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013.p. 57.

⁴⁹ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 56.

⁵⁰ FERRAJOLI, Luigi. *Direito e razão: teoria do garantismo penal*. 2. ed. São Paulo: RT, 2006. p. 717-718.

Para o Código Penal brasileiro de 1940, o cerceamento da liberdade do doente mental infrator era justificado como medida de segurança penal a ser atribuída ao agente que, ao cometer um crime, manifestasse periculosidade. Logo, no artigo 22 desse Código, estaria isento de pena o indivíduo que “por doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com o entendimento” ⁵¹.

A condição do doente mental no Código de 1940 é considerada uma ausência de culpabilidade. Sendo a culpabilidade elemento do crime, torna-se impossível o sujeito ser punível pelo fato. Portanto, apesar de parecer que esses indivíduos estão livres de qualquer sanção penal pela sua condição - como era no antigo código de 1890 –, o novo código penal criou as medidas de segurança para que o Estado pudesse controlar esses indivíduos, com fulcro nos artigos 76 a 78:

Art. 76. A aplicação da medida de segurança pressupõe:

I - a prática do fato previsto como crime;

II - a periculosidade do agente.

Art. 77. Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição que venha ou torne a delinqüir.

Art. 78. Presumem-se perigosos:

I - aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;

II - os referidos no parágrafo único do artigo 22. ⁵²

Apesar de trazer essa doutrina clássica da vontade livre do indivíduo, percebe-se que o novo código também possuía ideais Positivistas quando considera que nos casos de loucura todo indivíduo é perigoso, mesmo livre de exame que ateste a possibilidade de cometer novos delitos ou outra forma que indicasse a periculosidade. Dispõe Alessandra Rapassi, sobre esse assunto, que:

⁵¹ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 58.

⁵² PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006>. Acesso em: 22 set. 2015.

[...] “ao dispor sobre as duas formas de medida de segurança – internação e tratamento hospitalar, fixou como regra a primeira, deixando a critério do juiz fixar o tratamento nos casos em que o fato praticado se constitui, em tese, crime punido com pena de detenção. Assim, a gravidade do delito, e não as necessidades do doente mental, determinava o tipo de medida de segurança, seguindo a mesma proporcionalidade que deveria reger previsão e aplicação da pena.”⁵³

Então, inicialmente, não só aos inimputáveis por motivo de doença mental era admitida a medida de segurança, mas também aos imputáveis que fossem considerados perigosos. No Brasil, esse sistema baseado no Código de Rocco vigeu até a alteração da Parte Geral do Código Penal.

Com a reforma da Parte Geral do Código Penal através da lei n. 7.209 de 1984, o novo sistema chamado vicariante foi adotado para o emprego da medida de segurança ao inimputável. De acordo com esse sistema, o juiz determinará entre aplicar a pena ou a medida de segurança, proibindo então a aplicação dos dois de forma cumulada, como era previsto no antigo sistema binário extinto pela reforma de 1984.⁵⁴

2.3 Inimputabilidade por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado

Dispõe o art. 26 do Código Penal:

“É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”⁵⁵

De acordo com o *caput* acima, o legislador entendeu que para averiguar a inimputabilidade do agente, deve-se examinar primeiramente se o indivíduo é doente mental ou possui desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Se for constatado

⁵³ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 58

⁵⁴ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.355.

⁵⁵ BRASIL. *Decreto-lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/cciv/il_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

de forma negativa, não é considerado inimputável. Agora, se positivo, deve ser analisado se não havia a capacidade de entender a condição ilícita do fato. Esse critério é chamado de sistema biopsicológico.⁵⁶

Mirabete explica o verbete doença mental citado no artigo acima como “vaga e sem maior rigor científico, a expressão abrange todas as moléstias que causam alterações mórbidas à saúde mental”⁵⁷. Dentre tais alterações, são exemplos a psicose funcional, a psicose maníaco-depressiva, a paranoia, a epilepsia, a demência senil, a psicose alcoólica, etc. Elas podem ser orgânicas, tóxicas e funcionais.⁵⁸

Quanto ao desenvolvimento mental incompleto ou retardado, Nucci expressa que:

[...] “consiste numa limitada capacidade de compreensão do ilícito ou da falta de condições de se autodeterminar, conforme o precário entendimento, tendo em vista ainda não ter o agente atingido a sua maturidade intelectual e física, seja por conta da idade, seja porque apresenta alguma característica particular, como o silvícola não civilizado ou o surdo sem capacidade de comunicação.”⁵⁹

Contudo, não é satisfatório somente averiguar um desses estados para que o agente seja considerado inimputável. Para assim ser considerado, não deve haver a capacidade de entender o comportamento ilícito de sua conduta nem de se autodeterminar. E, para analisar a inimputabilidade, deve ser feito exame pericial analisando a integridade mental do acusado. Se houver dúvida, de acordo com o *caput* do art. 149 do Código de Processo Penal (CPP), “o juiz ordenará de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente,

⁵⁶ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1..p.196.

⁵⁷ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1.p.196.

⁵⁸ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.196.

⁵⁹ NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de direito penal: parte geral: parte especial*. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 309.

descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal”⁶⁰.

Comprovada a inimputabilidade, o acusado por fato previsto como crime punido com reclusão é absolvido e aplicado, necessariamente, a medida de segurança de internação “em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado”⁶¹. Se for o fato previsto como crime punido com detenção, o juiz poderá submeter a tratamento ambulatorial ao acusado, conforme artigos 96 e 97 ambos do Código Penal.

Cabe salientar que a comprovação da inimputabilidade não exige o juiz de examinar se existiu ou não o crime quanto à ausência da tipicidade ou da antijuridicidade que o inimputável foi acusado. A diferença é que se considerado inexistente a tipicidade ou a ilicitude, mesmo que o acusado seja inimputável, ele não será absolvido pela isenção da pena que enseja medida de segurança, mas sim pela excludente de ilicitude ou do dolo que não comina a medida de segurança.⁶²

⁶⁰ BRASIL. *Decreto-lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁶¹ BRASIL. *Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁶² MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.199.

3 CONSEQUÊNCIA JURÍDICA PARA O INIMPUTÁVEL PELA PRÁTICA DE FATO PREVISTO COMO CRIME

O acusado absolvido com o fundamento na inimputabilidade deverá ser submetido à medida de segurança. Para que a medida de segurança seja imposta, segundo o Código Penal vigente, faz-se necessário a periculosidade do indivíduo, no qual é considerada como presumida diante do cometimento de um crime. Quando atendidos os requisitos da ilicitude, da tipicidade e da inimputabilidade, o agente é avaliado essencialmente como perigoso à sociedade.⁶³ Entende-se por periculosidade, nesse caso, a potencialidade do sujeito em cometer novos ilícitos em virtude da doença mental que possui.⁶⁴

Como explicado no capítulo anterior, após a introdução da lei n. 7.209/84, a medida de segurança passou a ser imposta de forma isolada, de acordo com o sistema vicariante, somente aos inimputáveis por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, constituindo a medida de segurança de internação e o tratamento ambulatorial, pautado no artigo 96 do Código Penal.⁶⁵ Tais medidas de segurança, tanto a internação quanto a ambulatorial, tem o objetivo de proteger a sociedade da periculosidade desses indivíduos e curá-los dessa moléstia.⁶⁶

O critério utilizado para a imposição da medida de segurança de internação ou tratamento ambulatorial fundamenta-se na gravidade do delito. Se o ilícito cometido for punível com detenção, o juiz o submeterá ao tratamento ambulatorial, porém, sendo o crime punível com reclusão, deverá ser o agente submetido à medida de segurança de internação.⁶⁷

⁶³ TELES, Ney Moura. *Direito penal: Parte geral*. São Paulo: Atlas, 2004. p.469.

⁶⁴ MARQUES, José Frederico. *Tratado de direito penal*. Campinas: Millennium, 2002, v. 3, p. 83.

⁶⁵ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 61.

⁶⁶ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.355.

⁶⁷ BRASIL. *Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

No caso do indivíduo semi-inimputável, poderá o juiz impor a pena com a diminuição preceituada no artigo 26, parágrafo único do CP, ou sobrevir a medida de segurança para aqueles que necessitarem do tratamento curativo, conforme artigo 98 CP.⁶⁸

3.1 Espécies

Como já explicado acima, as espécies de medida de segurança se dividem em medida de segurança de internação e medida de segurança de tratamento ambulatorial.

3.1.1 Medida de segurança de internação

Aos inimputáveis que cometem crimes com pena de reclusão, segundo o art. 97 do Código Penal, o juiz determinará a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou a falta desses, em outro estabelecimento adequado.⁶⁹ Portanto, se observa que a gravidade objetiva do delito delimita a aplicação dessa medida de segurança, e não a necessidade do tratamento ao indivíduo.⁷⁰

Poderá ser instituída a internação de forma opcional aos inimputáveis que tiverem cometido crime punível com detenção, e também ao semi-inimputável que tiver sua pena privativa de liberdade modificada para medida de segurança de internação. Nesse último caso, deverá ser comprovada a necessidade especial de tratamento curativo.⁷¹

Se não há o aparelhamento necessário no local de internação para o tratamento do agente, poderá ser prestada em outro local necessitando da autorização da direção do estabelecimento, de acordo com o artigo 14, § 2º c/c art. 42 da Lei de

⁶⁸ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.362.

⁶⁹ BRASIL. *Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁷⁰ QUEIROZ, Paulo. *Curso de direito penal: Parte geral*. 10. ed. Salvador: JusPodivm, 2014. p.534.

⁷¹ PRADO, Luiz Regis. *Direito penal: parte geral*, 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008. v. 1. p. 190.

Execução Penal (LEP).⁷² O entendimento jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal (STF), diz ser possível a internação em hospital particular por não existir assistência apropriada em hospital público, se assegurada a custódia do indivíduo submetido à medida de segurança.⁷³

Vale a pena lembrar que, de acordo com os artigos 100 e 174 c/c artigos 8º e 9º da Lei de Execução Penal, o internado deve ser submetido compulsoriamente aos exames psiquiátrico, criminológico e de personalidade.⁷⁴

3.1.2 Medida de segurança de tratamento ambulatorial

Dentro da reforma penal veio a possibilidade do tratamento ambulatorial do agente seguindo a propensão psiquiátrica de desinternação do doente mental.⁷⁵ De acordo com os artigos 97 e 98 do Código Penal, aos inimputáveis e aos semi-inimputáveis que cometerem crime com pena de detenção serão impostas a medida de segurança de tratamento ambulatorial.⁷⁶ Julio Fabbrini Mirabete menciona que, quanto ao tratamento ambulatorial, “é inadmissível a substituição quando ao fato praticado pelo agente é cominada abstratamente a pena de reclusão”.⁷⁷

Dessa maneira, o sentenciado deve comparecer ao hospital de custódia e tratamento psiquiátrico nos dias estabelecidos pelo médico para submeter-se à modalidade terapêutica prevista, de acordo com o artigo 101 da Lei de Execuções Penais. Ainda depreende-se desse artigo que o tratamento poderá ser realizado em

⁷² BRASIL. *Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. 22 set. 2015.

⁷³ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.361.

⁷⁴ BRASIL. *Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. 22 set. 2015.

⁷⁵ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.361.

⁷⁶ PRADO, Luiz Regis. *Direito penal: parte geral*, 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008. v. 1. p. 190.

⁷⁷ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.362.

outro local desde que exista dependência médica capacitada.⁷⁸

Vale dizer que, em qualquer momento do tratamento ambulatorial, o juiz poderá converter em internação em hospital de custódia se entender que o indivíduo necessita de providências com fins curativos, conforme artigo 97, §4º do Código Penal.⁷⁹ Assim, como explica Luiz Regis Prado, “o tratamento ambulatorial tem sido visto como mera possibilidade, uma vez que a internação é a regra geral (art. 97)”⁸⁰.

Quanto à conversão da internação em tratamento ambulatorial, o ordenamento não menciona expressamente a possibilidade. Com o entendimento dos tribunais superiores e a psiquiatria contemporânea, os tribunais e os juízes da execução têm aceitado a desinternação de forma graduada, onde o internado ganha o direito de aos poucos sair do local até que possa passar da internação para a semi-internação e, por fim, ao tratamento ambulatorial. Outra vertente atualmente entendida é a de substituir a medida de segurança de internação em tratamento ambulatorial quando o inimputável for preso em cárcere público até o surgimento de vaga no local apropriado.⁸¹

3.2 Duração da medida de segurança

No artigo 80 da Parte Geral do antigo Código Penal de 1940, era admissível que a medida de segurança fosse estabelecida provisoriamente.⁸² Porém, com a reforma penal, só será possível a imposição da medida de segurança depois do trânsito em julgado da sentença (art.171 LEP).⁸³

⁷⁸ PRADO, Luiz Regis. *Direito penal: parte geral*, 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008. v. 1. p. 190

⁷⁹ BRASIL. *Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁸⁰ PRADO, Luiz Regis. *Direito penal: parte geral*, 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008. v. 1. p. 190-191.

⁸¹ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p. 362.

⁸² MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p. 191.

⁸³ BRASIL. *Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. 22 set. 2015.

Para começar o cumprimento da medida de segurança, é obrigatória a remessa da guia de internação ou de tratamento ambulatorial à autoridade administrativa responsável pela execução (art. 173 LEP).⁸⁴

De acordo com o artigo 97, §1º do Código penal, o prazo da medida de segurança “será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.”⁸⁵ Também preceitua, quanto aos semi-inimputáveis, o artigo 98 do Código Penal:

“Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.”⁸⁶

Será efetuado exame de cessação de periculosidade de ano a ano após o término do prazo mínimo ou quando o juiz entender necessário (art. 97, §2º CP)⁸⁷. Dessa forma, quanto ao fim da medida de segurança, esta é indeterminada e está sujeita a realização dos exames juntamente com a comprovação da cessação de periculosidade do indivíduo.⁸⁸

Pelo caráter curativo e terapêutico da medida de segurança, o legislador ao determinar o prazo, estipulou somente o mínimo e deixou que o prazo máximo fosse indeterminado até cessar a periculosidade do agente, como já mencionado. Essa escolha do legislador, contudo, tem sido alvo de grandes críticas. Grande parte da doutrina tem entendido que essa indeterminação da permanência do indivíduo na

⁸⁴ BRASIL. *Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. 22 set. 2015.

⁸⁵ BRASIL. *Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. 22 set. 2015.

⁸⁶ BRASIL. *Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁸⁷ BRASIL. *Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁸⁸ MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1. p.363.

medida de segurança viola a Constituição Federal (CF), no dispositivo que proíbe a característica perpétua da pena e, conseqüentemente, essa interpretação também deveria ser aplicada às medidas de segurança. O inciso XLVII do artigo 5º da Constituição Federal, entende que⁸⁹:

XLVII - não haverá penas:
b) de caráter perpétuo;⁹⁰

Sobre o limite da duração da medida de segurança, uma primeira corrente entende que o máximo deve ser equivalente às penas privativas de liberdade, ou seja, 30 (trinta) anos. A segunda corrente compreende que a duração da medida de segurança não pode extrapolar o máximo da pena abstrata do crime perpetrado pelo inimputável⁹¹. Diante desse assunto, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) corroborou recentemente pela segunda corrente, na qual sumulou dia 13 (treze) de maio de 2015 que:

“Súmula 527-STJ: O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.”⁹²

Assim, com o advento da súmula 527 do STJ, o máximo da duração da medida de segurança será o máximo da pena abstrata do crime praticado, ou seja, no caso de um homicídio (art. 121 CP) em que a pena abstrata tem o máximo de 20 anos, a medida de segurança terá seu limite máximo de tempo em 20 anos.

⁸⁹ CAVALCANTE, Márcio André Lopes. *Súmula 527 – STJ*. Disponível em: <<https://dizerodireitodotnet.files.wordpress.com/2015/05/sc3bamula-527-stj.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

⁹⁰ BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 jun. 2015.

⁹¹ CUNHA, Rogério Sanches. *Novas súmulas 526, 527 e 528 comentadas*. Disponível em: <<http://www.portalarreirajuridica.com.br/noticias/novas-sumulas-do-stj-526-527-e-528-comentadas-pelo-prof-rogerio-sanches-cunha>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

⁹² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Súmula n. 527*. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas/doc.jsp?livre=@num='527'>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

4 POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR NO FATO PREVISTO COMO CRIME PUNIDO COM RECLUSÃO

A inimizabilidade do agente significa dizer que não há culpabilidade e, uma vez que não há um dos pressupostos para a responsabilização penal, não há a imposição de pena e sim das medidas de segurança. Tanto a medida de segurança de internação quanto o tratamento ambulatorial são consideradas medidas terapêuticas. Porém, o sistema penal vigente acolhe a periculosidade do delinquente baseada na gravidade abstrata do fato para a imposição da medida de segurança.

Dessa forma, pelo fato da periculosidade ser um critério por demais imprevisível, não há uma análise individual da necessidade do doente mental nas características psíquicas e na probabilidade de reincidir no crime que cometera, mas sim uma imposição disfarçada da prisão perpétua.⁹³

Embora o grande avanço quanto ao prazo máximo do cumprimento da medida de segurança sumulada pelo STJ, o exame inicial que atesta a periculosidade e a internação como regra têm se mostrado insuficientes, principalmente por ser decisão do juiz e não de profissionais preparados da área de psicologia/psiquiatria. Sobre essa crítica, Antônio Nery Filho e Maria Fernanda Tourinho Peres citam que:

“Eis que surge no direito penal brasileiro o novo objeto da punição, o “homem que se vai julgar”. Nos casos de loucura, esse homem é, de antemão, conhecido; não é necessário ao juiz vasculhar seu passado, desvendar suas relações, decifrar suas condutas para aplicar-lhe a sanção penal. A doença já o mostra em sua personalidade criminal, em sua máxima periculosidade e, para reconhecê-la, a psiquiatria é chamada através da perícia, ou exame de sanidade mental.”⁹⁴

E, ainda:

⁹³ SILVA, Martinho Braga Batista e. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010. p. 654.

⁹⁴ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006>. Acesso em: 22 set. 2015.

“A periculosidade é um risco e, por isso, uma incerteza que se expressará, talvez, num futuro também incerto. Frágil mostra-se para nós o fundamento da medida de segurança. No entanto, é aqui encontramos mais um ponto característico da política penal da loucura, tantas incertezas não se mostram problemáticas, uma vez que a medida de segurança não é uma pena. Para que ela seja aplicada, é suficiente a "razoável suspeita" ou a "fundada suposição" e, em se tratando de perigosos, não se aplica o clássico critério de solução da justiça *in dubio pro reo*, mas sim o *in dubio pro republica*.”⁹⁵

Assim, apesar de ser considerado inimputável e irresponsável na visão do Estado, os doentes mentais ainda são passíveis de punição. Esse é o conceito do instituto da medida de segurança. Onde pune o louco com o objetivo duvidoso em que acaba retirando dele a liberdade. Se o doente mental não é o que comete o crime, e sim a doença que está nele, o direito pune como se fosse defender a pessoa contra sua própria loucura. Seria proteger o louco da sua própria loucura.⁹⁶

O que é um tanto ilógico já que se não existe crime, não existe culpa, não existe condenação, porque haveria uma medida de segurança se não somente para “punir” disfarçadamente o doente mental por cometer um crime? Porque ao doente mental que não cometeu crime, igualmente, não há culpa, não há crime, não há uma condenação e ele é tratado diretamente com profissionais especializados buscando de fato uma vida mais digna dentro de suas limitações.

4.1 A necessidade do ajuste do Direito Penal à luz da Lei 10.216/01

Em oposição a essa visão da internação como regra, ainda surgiu no século XX, uma preocupação com a incompetência do instituto da internação na área da saúde. Especialmente, em relação aos direitos inerentes à saúde do doente mental.

⁹⁵ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006>. Acesso em: 22 set. 2015.

⁹⁶ JACOBINA, Paulo. *Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário*. Monografia (Especialização) à Distância em Direito Sanitário para Magistrados e Membros do Ministério Público, promovido pela UNB e FIOCRUZ. Brasília, 2003.p.78.

Com o progresso no campo da farmácia e da psiquiatria, nasceram medicamentos capazes de cuidar dessa área. Fernando Tenório aponta que:

“é possível ao louco, tal qual ele é, habitar o social (e não o asilo de reclusão). Fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença, e não de normalização do social”.⁹⁷

Ademais, juntamente com os profissionais da saúde, muitos juristas entendem que a medida de segurança imposta aos doentes mentais violam seus direitos. É nesse contexto “anti-internação” que foi promulgada a Lei n. 10.216, em 6 de abril de 2001, chamada Lei de Reforma Psiquiátrica.

Esta lei cuida da proteção e dos direitos dos doentes mentais e modifica o modelo de assistência em saúde mental. Cabe ressaltar que a Lei de Reforma Psiquiátrica vale também aos doentes mentais que cometem crimes. No artigo 1º, fica evidenciado que os direitos assegurados aos doentes mentais devem ser garantidos sem nenhuma discriminação⁹⁸:

“Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.”⁹⁹

O regime do Código Penal baseia-se na presunção de periculosidade do louco em que a intervenção será de acordo com o crime que cometeu. Diferentemente, a Lei de Reforma Psiquiátrica visa um tratamento com o objetivo de reinserir socialmente o doente mental. Dessa forma, deveria ser imposta a internação apenas se os

⁹⁷ TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, na década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Magalhães*, Rio de Janeiro, v.9, n.1. p. 25-59, jan.-abr. 2002.

⁹⁸ JACOBINA, Paulo. *Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário*. Monografia (Especialização) à Distância em Direito Sanitário para Magistrados e Membros do Ministério Público, promovido pela UNB e FIOCRUZ. Brasília, 2003. p.76.

⁹⁹ BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10216.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

tratamentos extra-hospitalares tornarem-se sem efeito, conforme explica o art. 4º da lei de reforma psiquiátrica¹⁰⁰:

“Art. 4º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.”¹⁰¹

O artigo 6º da Lei de Reforma Psiquiátrica menciona que deverá ser internado o doente mental somente depois de motivado laudo médico circunstanciado. Essas mudanças colocam fim ao internamento pautado no crime cometido e passa a ser analisado através de uma equipe que lida com o doente, não algo judicial ou legalmente determinado.¹⁰²

“Art. 6º. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.”¹⁰³

De igual forma, o parágrafo único do artigo 6º ao exemplificar as espécies de internação, no inciso III, menciona a “internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.”¹⁰⁴. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), pela resolução n.113/2010, reitera que:

“Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.”¹⁰⁵

Em 2002, foi realizado um Seminário Nacional interinstitucional pelo Departamento Penitenciário Nacional (através do Ministério da Justiça) e pela Área

¹⁰⁰ JACOBINA, Paulo. *Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário*. Monografia (Especialização) à Distância em Direito Sanitário para Magistrados e Membros do Ministério Público, promovido pela UNB e FIOCRUZ. Brasília, 2003. p.73.

¹⁰¹ BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10216.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹⁰² JACOBINA, Paulo. *Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário*. Monografia (Especialização) à Distância em Direito Sanitário para Magistrados e Membros do Ministério Público, promovido pela UNB e FIOCRUZ. Brasília, 2003. p. 74.

¹⁰³ BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10216.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹⁰⁴ BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10216.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹⁰⁵ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/resolucao/resolucao_113_20042010_17092014151511.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

Técnica de Saúde Mental (por meio do Ministério da Saúde) que contou com a publicação de uma nova orientação para os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, no qual estabelece que:

“nos estados onde existam manicômios judiciais, as condições mínimas devem se adequar às normas do SUS, com as mesmas regras para os hospitais psiquiátricos públicos ou credenciados pelo SUS, direcionadas no sentido da humanização, desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para o regime aberto.”¹⁰⁶

Na área jurídica, assim como o CNJ, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), na Resolução n. 5 do dia 4 de maio de 2004, regulou quanto a execução das medidas de segurança, a necessidade de adequar essas medidas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei n.10.216/01. Dessa forma, essa Resolução estabelece que:

“o tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.”¹⁰⁷

Anos depois, no dia 30 de julho de 2010, a Resolução n.4 instituiu um programa de acompanhamento ao agente infrator:

“Artigo 2º - A abordagem à pessoa com doença mental na condição de autor do fato, réu ou sentenciado em processo criminal, deve ser objeto de atendimento por programa específico de atenção destinado a acompanhar o paciente judiciário nas diversas fases processuais, meditando as relações entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, visando à promoção da individualização da aplicação das penas e medidas de segurança e no encaminhamento das questões de execução penal dos pacientes judiciais.”

¹⁰⁶ BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional. *Reforma psiquiátrica e manicômio judiciário: relatório final do Seminário para a Reorganização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Rel_Sem_Reo_Hosp_Custodia.pdf> Acesso em: 22 set. 2015.

¹⁰⁷ BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Resolução n.º 05, de 04 de maio de 2004*. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2004/resolu05.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

Recentemente, em abril de 2011, ocorreu a 372ª reunião do CNPCP autorizando o Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária, no qual:

“Medida 4: Implantação da política de saúde mental no sistema prisional
Detalhamento: A Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, por seu caráter específico e posterior à Lei 7.210/84, Lei de Execução Penal, promove uma releitura nos itens que se referem à medida de segurança. Esse tema já foi detalhado pela Resolução N° 4/2010 do CNPCP e pela Resolução N° 113/2010, e Portaria 26, de 31 de março de 2011, ambas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Requer:

- a) Implantar as adequações procedimentais na fase processual, de execução penal e quando da desinternação ou liberação do interno;
- b) Instalar serviços adequados para realização dessa política;
- c) Atuar em conjunto com as políticas já existentes, do Ministério da Saúde, do Ministério da Assistência Social e do CNJ.”¹⁰⁸

Vale destacar que apesar do direito penal de forma geral ainda não aceitar de forma explícita os princípios da Lei de Reforma Psiquiátrica, observa-se que a Lei de Tráfico de Drogas n. 11.343/06 adotou um de seus princípios, no que dispõe o parágrafo único do artigo 45 que:

“Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para **tratamento médico adequado (grifo meu).**”¹⁰⁹

Portanto, se o juiz no caso do crime de tráfico de drogas que é punível com reclusão pode escolher a medida mais apropriada ao indivíduo, em virtude da igualdade de tratamento, pode também vislumbrar essa mesma atitude em relação aos outros

¹⁰⁸ BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária. <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/anexos-cnpcp/plano-politica-criminal-e-penitenciaria-2011.pdf>>. Acessado em: 22 set. 2015.

¹⁰⁹ BRASIL. Lei n.11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

crimes punidos por reclusão¹¹⁰. Assim, fica evidente a necessidade da legislação penal recepcionar os princípios da Lei de Reforma Psiquiátrica.

4.2 Possibilidade do tratamento extra-hospitalar do inimputável por fato previsto como crime punido com reclusão

Com esse novo direcionamento da saúde mental quanto aos doentes mentais, a assistência dada a eles deve ser, em regra, com a aplicação dos recursos extra-hospitalares proporcionados pela própria comunidade. Esse tratamento extra-hospitalar é executado através de uma rede de serviços à saúde mental pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC) e tratamento integral em hospitais nos CAPS III.¹¹¹

Quanto a definição do que seria esses programas, o Ministério da Saúde no portal da saúde, esclarece que:

“Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares.

Serviços Residenciais Terapêuticos– SRT: São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS. São 596 casas no Brasil, com 3.236 moradores.

Programa de Volta para Casa– PVC: Tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (02 anos ou mais de internação ininterruptos). É parte integrante deste Programa o auxílio-

¹¹⁰ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 66.

¹¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. CAPS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em: 22 set. 2015.

reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário. São 3.832 beneficiários do PVC no país.”¹¹²

Logo, o doente mental deve ser deslocado dos hospitais psiquiátricos para a competência municipal dos CAPS e a finalidade de acompanhar e reinserir socialmente o interno. Nesses lugares existem a possibilidade de trabalhar, de lazer, exercer as prerrogativas civis e consolidar as relações entre a família e a sociedade.¹¹³

Todavia, é certo que o objetivo da Lei de Reforma Psiquiátrica não é a extinção da internação, mas sim que a internação passe de regra a exceção. Isto é, somente será aplicada a internação “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º). A medida de internação deverá ser estruturada “de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicólogos, ocupacionais, de lazer, e outros” (art. 4º, §2º).¹¹⁴

É proibido, no entanto, que esses estabelecimentos destinados para internação dos pacientes tenham traços asilares, ou seja, “aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º” (art. 4º, §3º).¹¹⁵

Quanto aos direitos do doente mental, como mencionado acima, vale a pena transcrever o parágrafo único do referido artigo 2º:

“Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

¹¹² BRASIL. Ministério da Saúde. CAPS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. CAPS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹¹⁴ BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10216.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹¹⁵ BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10216.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
 III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.”¹¹⁶

Contudo, apesar dessas inúmeras vertentes antimanicomiais, as consequências da Lei de Reforma Psiquiátrica ainda são muito pequenas na esfera do direito penal. O pouco que é comentado sobre essa lei na esfera penal divide-se em dois sentidos: no primeiro entende-se que a medida de segurança deve ainda observar a periculosidade do indivíduo, excluindo qualquer ligação com a Lei 10.216/01, por entender que esta lei se refere a um objeto diferente do direito penal. No segundo sentido, há algumas menções sobre a necessidade do sistema penal se adequar e recepcionar os preceitos da Lei de Reforma Psiquiátrica.¹¹⁷

Vários doutrinadores apoiam a revisão do Código Penal frente à Lei 10.216/01. Paulo Jacobina compreende que há conflitos entre a lei antiga de Execuções Penais e a Lei de Reforma Psiquiátrica, citando os artigos conflitantes de forma que:

“o art. 97, §§ 1º e 2º, com seus prazos mínimos obrigatórios para a realização e repetição de regimes (com seus correlatos arts. 175 a 179 da lei de execuções penais) — incompatíveis com o princípio da utilidade terapêutica do internamento, previsto no art. 4º, § 1º, da lei de reforma psiquiátrica, ou com o princípio da desinternação progressiva dos pacientes crônicos (art. 5º da lei de reforma psiquiátrica). Além disso, os direitos mínimos garantidos na lei de execução penal àquele que cumpre medida de segurança (art. 99, parágrafo único, da lei de

¹¹⁶ BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10216.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹¹⁷ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 67.

execuções penais) confrontam-se com aqueles muito mais amplos assegurados no art. 2º da lei de reforma psiquiátrica e a classificação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico como estabelecimento penal (Título IV, Capítulo VI da Lei de Execuções Penais) está em desacordo com os princípios do SUS, constitucionais e infraconstitucionais.”¹¹⁸

O doutrinador Paulo Queiroz defende que a

Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei n.10.216/01), expressamente aplicável às medidas de segurança, que as chama de internação compulsória (arts. 6º, III e 9º), trouxe importantes modificações, a exigir uma releitura do Código Penal e da Lei de Execução Penal.

Analisando a necessidade de uma mudança de comportamento quanto aos doentes mentais desde a Escola Positiva, Tânia Maria Marchewka explica que

“constatamos na prática do Judiciário o desconhecimento das mudanças ocorridas no interior da assistência à saúde mental. Percebe-se que continua a aceitação da diferença, da austeridade, da tutela; enfim, a cronicidade da periculosidade da doença. Aliás, todas ainda concentradas na questão jurídica do crime e da periculosidade do doente mental, da defesa social, bem como em sua incapacidade e irresponsabilidade. [...] Agora a palavra de ordem é esta: internamento por doença mental só como último remédio”.¹¹⁹

Por fim, Ludmila Correia argumenta que é importantíssimo aplicar os direitos admitidos pela lei n. 10.216/01 aos internos e aos futuros internos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “de forma a promover a integralidade e a humanização dos serviços prestados a essas pessoas, o respeito a seus direitos e a melhoria da qualidade de suas vidas, na perspectiva dos direitos humanos, de acordo, inclusive, com as novas diretrizes trazidas pela Resolução n.5/2004, do CNPCP.”¹²⁰

Por ser uma lei mais recente que visa adaptar o tratamento dos doentes mentais de acordo com a necessidade pessoal de cada portador declarando-os como

¹¹⁸ JACOBINA, Paulo. *Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário*. Monografia (Especialização) à Distância em Direito Sanitário para Magistrados e Membros do Ministério Público, promovido pela UNB e FIOCRUZ. Brasília, 2003. p. 79.

¹¹⁹ QUEIROZ, Paulo. *Curso de direito penal*: Parte geral. 10. ed. Salvador: JusPodivm, 2014. p. 440-441.

¹²⁰ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal*: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 67.

indivíduos dotados de direitos, observa-se que deve ser aplicado também aos que cometem crimes mesmo que munido de periculosidade.

Não cabe, por oportuno, que o tipo de medida de segurança seja selecionado mediante o critério da gravidade abstrata do crime. Deve ser escolhido baseado na periculosidade como critério subjetivo e individual visando o tratamento médico mais adequado ao portador de doença mental. A Lei de Reforma Psiquiátrica deve preponderar em relação ao direito penal no que diz respeito à medida de segurança.¹²¹

4.3 Jurisprudência dos Tribunais

Depois de quatorze anos do advento da Lei 10.216/01 nota-se, ainda, uma tímida manifestação sobre o tema quanto a sua aplicação na esfera dos Tribunais Superiores. Muito dos acórdãos mencionados a seguir não citam explicitamente a Lei de Reforma Psiquiátrica. Contudo, percebe-se uma evolução quanto a aplicação da medida de segurança adequando os entendimentos baseando-se na nova política de saúde mental elucidado na Lei 10.216/01.

4.3.1 Superior Tribunal Federal

A Segunda Turma do Superior Tribunal Federal entendeu, por unanimidade de votos e em sede de *habeas corpus*, a possibilidade da substituição da internação pelo tratamento ambulatorial em crime punido com reclusão. Inclusive, o voto do relator Ministro Cezar Peluso menciona que deve ser aplicado o caráter antimanicomial da Lei n. 10.216/01:

“Como se sabe, a Lei n. 10.216/01 determinou revisão do tratamento dos portadores de transtornos psíquicos à luz das já não tão recentes posturas da ciência psiquiátrica que questionam a efetividade da custódia dos doentes mentais. Nesse contexto, a desativação dos hospitais psiquiátricos é uma das etapas da política de reforma

¹²¹ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 69.

psiquiátrica, o que torna ainda mais injusta e desaconselhável a internação do paciente em hospital psiquiátrico judicial.”¹²²

In casu, o acusado foi condenado pelo crime do art. 157, §2º, incisos I e II do Código Penal a uma pena de 3 (três) anos, 6 (seis) meses e 10 (dez) dias de reclusão em regime aberto, transformada em medida de segurança pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. Ainda que condenado por pena de reclusão, a decisão do HC 85401/RS foi pelo tratamento ambulatorial do acusado.

4.3.2 Superior Tribunal de Justiça

Analisando os julgados do Superior Tribunal de Justiça, é uníssono o entendimento da Sexta Turma pelo cabimento do tratamento ambulatorial ao inimputável mesmo que cometido crime punível com reclusão. Cabe destacar as ementas de dois julgados, *in verbis*:

RECURSO ESPECIAL. DIREITO PENAL. ARTS 26 E 97 DO CP. AGENTE INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO. CONVERSÃO PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL. RECOMENDAÇÃO DO LAUDO MÉDICO. POSSIBILIDADE. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. STF.

1. Na fixação da medida de segurança - por não se vincular à gravidade do delito perpetrado, mas à periculosidade do agente -, cabível ao magistrado a opção por tratamento mais apropriado ao inimputável, independentemente de o fato ser punível com reclusão ou detenção, em homenagem aos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade (art. 26 e 97 do CP).

4. Recurso especial improvido.¹²³ **(grifo meu)**

RECURSO ESPECIAL. CRIMINAL. ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR. VIOLÊNCIA PRESUMIDA. INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. DELITO PUNÍVEL COM PENA DE RECLUSÃO. TRATAMEN-

¹²² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus. HC 85401/RS, Segunda Turma. Paciente: Márcio Luís Flores de Oliveira. Impetrante: José Francisco Fischinger Moura de Souza. Relator(a): Min. Cezar Peluso. Brasília, 04 de dezembro de 2009. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=607649>>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹²³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. REsp 1266225/PI, Sexta Turma. Recorrente: Ministério Público do Estado do Piauí. Recorrido: G K. Relator(a): Min. Sebastião Reis Júnior. Brasília, 6 de agosto de 2012. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=23547019&num_registro=201101720306&data=20120903&tipo=5&formato=PDF>. Acesso em: 22 set. 2015.

TO AMBULATORIAL. CABIMENTO. ART. 97. MITIGAÇÃO. ADEQUAÇÃO DA MEDIDA À PERICULOSIDADE DO AGENTE.

1. A par do entendimento jurisprudencial deste Tribunal Superior, no sentido da imposição de medida de internação quando o crime praticado for punível com reclusão - reconhecida a inimputabilidade do agente, nos termos do art. 97 do Código Penal, cabível a submissão do inimputável a tratamento ambulatorial, ainda que o crime não seja punível com detenção.

2. Este órgão julgador já decidiu que, se detectados elementos bastantes a caracterizar a desnecessidade da internação, e em obediência aos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, é possível a aplicação de medida menos gravosa ao inimputável se, ainda, for primário e assim o permitam as circunstâncias que permeiam o delito perpetrado.

3. Consoante consignado pela Corte de origem, no caso dos autos, o ora recorrido nunca se envolvera em fato delituoso da mesma ou de natureza diversa, além de mostrar comportamento social adaptado e positivamente progressivo.

4. Conforme concluído pelo Tribunal a quo, "não se extrai desse quadro uma conclusão de periculosidade real e efetiva do apelante, capaz de justificar uma internação em hospital psiquiátrico ou casa de custódia e tratamento." A medida mais rígida, ademais, apresentaria risco ao progresso psicossocial alcançado pelo ora recorrido, além de nítido prejuízo ao agente, que, por retardo no julgamento dos recursos interpostos, teria restabelecida a sentença - datada de novembro de 2002 -, com a imposição da medida de internação, a qual, tantos anos após os fatos, não cumpriria seus objetivos.

5. Recurso especial não provido. ¹²⁴

Assim, percebe-se na posição das decisões da Sexta Turma do STJ uma flexibilização quanto a regra da medida de segurança de internação do Código Penal para crimes punidos com reclusão.

4.3.3 *Tribunal Regional Federal da 1ª Região*

Adequando-se igualmente ao entendimento da Lei de Reforma Psiquiátrica n. 10.216/01 estão os acórdãos da Terceira Turma da lavra do Desembargador Federal Tourinho Neto, em que admite a possibilidade do tratamento ambulatorial do inimputável

¹²⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. *Resp n. 912.668/SP*, Sexta Turma. Recorrente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Recorrido: A C. Relator(a): Ministro Rogério Schietti Cruz. Brasília, 18 de março de 2014. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=34438655&num_registro=200700019224&data=20140407&tipo=5&formato=PDF>. Acesso: 22 set. 2015.

mesmo que o crime perpetrado seja punido com reclusão. A Turma entendeu por unanimidade dos votos nos dois acórdãos, *in verbis*:

PENAL. INCÊNDIO. INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA. DESNECESSIDADE. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. TRATAMENTO AMBULATORIAL. MEDIDA ADEQUADA.

1. Conquanto a Lei Penal estabeleça a internação em hospital de custódia de inimputável absolvido da acusação de crime cuja pena é de reclusão (art. 97), em situações excepcionais, como já foi reconhecido pelo STF, é possível determinar tratamento ambulatorial na quadra de medida de controle da periculosidade do réu, sobretudo quando ele está bem adaptado ao convívio familiar e social.
2. A Lei 10.216/01 determinou revisão do tratamento dos portadores de transtornos psíquicos à luz das já não tão recentes posturas da ciência psiquiátrica que questionam a efetividade da custódia dos doentes mentais (HC 85.401/RS, Ministro Cezar Peluso).
3. O tratamento ambulatorial, em tese, mostra-se mais eficiente in casu, na medida em que o acusado está trabalhando, vive com a esposa, filha e enteados, e não há sinais de nova delinquência depois de passados doze anos do crime.
4. Apelação provida.¹²⁵

PENAL. PROCESSO PENAL. INCIDENDE DE SANIDADE MENTAL. DOENÇA MENTAL COMPROVADA. INIMPUTABILIDADE PENAL. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. OBRIGATORIEDADE DA APLICAÇÃO. TRATAMENTO AMBULATORIAL SUBSTITUTIVO DE INTERNAÇÃO. CABIMENTO.

5. Como decorrência lógica do disposto na segunda parte do art. 97 do Código Penal, constatada a prática de fato típico e antijurídico punido com reclusão, deverá o réu inimputável ser submetido a internação em hospital de custódia. Reserva-se o tratamento ambulatorial apenas para hipótese de crime punível com detenção. **A jurisprudência, contudo, vem mitigando tal imposição, para permitir o tratamento ambulatorial daqueles que praticam injustos penais punidos com reclusão, quando o injusto não for cometido mediante violência, e a internação puder ser evitada.**
6. Apelação do Ministério Público provida para impor ao réu o

¹²⁵ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Criminal. ACR 0001393-70.2002.4.01.3800/MG, Terceira Turma. Apelante: Ronilson Moraes dos Santos. Apelado: Justiça Pública. Relator(a): Desembargador Federal Tourinho Neto. Brasília, 30 de novembro de 2012. Disponível em: <<http://arquivo.trf1.jus.br/PesquisaMenuArquivo.asp?p1=13937020024013800&pA=200238000013538&pN=13937020024013800>>. Acesso em: 22 set. 2015.

cumprimento de medida de segurança consistente em tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 02 (dois) anos.¹²⁶ *(grifo meu)*

Dessa maneira, denota-se desses julgados que a Lei de Reforma Psiquiátrica tem sido aplicada em sede da Justiça Federal para a possibilidade do tratamento ambulatorial mesmo que em crime punido por reclusão.

4.3.4 *Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios*

Por fim, vale também destacar os julgados em sede do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT). No mesmo sentido tem sido os julgados desta Corte quanto a possibilidade de tratamento ambulatorial aos casos puníveis com pena de reclusão. Analisando caso a caso, havendo a desnecessidade da aplicação da medida de internação em hospital psiquiátrico, mesmo que em crime punível com reclusão, o tratamento ambulatorial é medida que se impõe, de acordo com os seguintes julgados, *in verbis*:

PENAL. CRIME DE INCÊNDIO EM PASTAGEM. AUTORIA. INIMPUTABILIDADE. ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Conjunto probatório que confirma a materialidade e a autoria do incêndio imputado ao apelante.

Comprovada a inimputabilidade, imperiosa a absolvição imprópria, conforme art. 386, VI, do Código de Processo Penal, com aplicação de medida de segurança.

Embora o fato tipificado como crime seja punido com pena de reclusão, em se tratando de acusado primário, cuja periculosidade não indica a necessidade de aplicação da medida de internação em hospital psiquiátrico, e observados os princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, aliados à indicação da perícia médica, aplica-se o tratamento ambulatorial ao agente inimputável, medida menos gravosa nas circunstâncias do caso.

Apelação provida.¹²⁷

¹²⁶ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Criminal. ACR 0002179-12.2005.4.01.3800/MG, Terceira Turma. Apelante: Justiça Pública. Apelado: Geozadak Alves de Souza. Relator(a): Desembargador Federal Tourinho Neto. Brasília, 19 de novembro de 2012. Disponível em: <<http://arquivo.trf1.jus.br/PesquisaMenuArquivo.asp?p1=21791220054013800&pA=200538000021937&pN=21791220054013800>>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹²⁷ DISTRITO FEDERAL Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Apelação Criminal. Acórdão n.847275, 20110410088872APR, Primeira Turma Criminal. Apelante: Vicente Soares Ribeiro.

APELAÇÃO CRIMINAL. INCÊNDIO. ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA. DESCLASSIFICAÇÃO PARA PERICLITAÇÃO À VIDA. IMPOSSIBILIDADE. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA CONSISTENTE EM INTERNAÇÃO. INCONFORMISMO. PEDIDO DE EXCLUSÃO DA MEDIDA OU ALTERAÇÃO PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL. POSSIBILIDADE DE MODIFICAÇÃO. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

3. A interpretação sistemática e teleológica do art. 97, "caput" do Código Penal, realizada com esteio nos princípios gerais da Constituição Federal, em especial aos da adequação, da razoabilidade, da proporcionalidade e dignidade da pessoa humana, permite ao julgador optar pela medida de segurança de tratamento ambulatorial ao inimputável denunciado pela prática de crime apenado punido com reclusão, quando as circunstâncias do caso concreto e a periculosidade do agente indicarem ser esta medida suficiente.

4. À luz dos princípios da isonomia e da proporcionalidade, o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

5. Recurso parcialmente provido.¹²⁸ **(grifo meu)**

PENAL. CÁRCERE PRIVADO. AUTORIA E MATERIALIDADE. COMPROVADAS. IRRELEVÂNCIA DA FINALIDADE DA CONDUTA. AUSÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL DE DOLO ESPECÍFICO PARA O TIPO. RÉU INIMPUTÁVEL. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. MANTIDA. TRATAMENTO AMBULATORIAL. MITIGAÇÃO DA REGRA DO ART. 97 DO CÓDIGO PENAL. FIXAÇÃO DE TEMPO MÁXIMO PARA A MEDIDA. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

3. Comprovada a ocorrência de fato típico e antijurídico, e afastada a culpabilidade ante a condição de inimizabilidade do réu, impõe-se a aplicação de medida de segurança. Não é dado ao Estado-Juiz furtar-se ao dever de aplicar a medida cabível, tendo em vista que a finalidade não é apenas conceder ao réu o tratamento adequado, mas também promover a defesa social, baseado no juízo de periculosidade do agente.

4. Com fulcro nos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, é

Apelado: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Relator(a): Desembargador Mario Machado. Revisor(a): Sandra de Santis. Brasília, 29 de janeiro de 2015. Disponível em: <http://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaold=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordaoGet&baseSelecionada=BASE_ACORDAOS&numeroDoDocumento=847275&idDocumento=847275>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹²⁸ DISTRITO FEDERAL Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Apelação Criminal. *Acórdão n. 704306*, 20121210000686APR, Segunda Turma Criminal. Apelante: A. S. P. Apelado: M. P. D. F. E. T. Relator(a): Desembargador Silvano Barbosa dos Santos. Revisor(a): Desembargador João Timóteo de Oliveira. Brasília, 15 de outubro de 2013. Disponível em: <http://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaold=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordaoGet&baseSelecionada=BASE_ACORDAOS&numeroDoDocumento=704306&idDocumento=704306>. Acesso em: 22 set. 2015.

permitido ao magistrado relativizar a regra do art. 97 do Código Penal e aplicar tratamento ambulatorial (art. 96, inciso II, Código Penal), ao réu inimputável que praticou crime apenado com reclusão, quando por entender ser tal medida suficiente para atender suas finalidades. Precedentes.

5. A medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial não privará o réu do trabalho e do convívio familiar e social, tendo em vista que nesta espécie de medida de segurança, o inimputável é submetido à tratamento médico externo, não necessitando ficar internado, embora fique obrigado a comparecer com relativa freqüência ao médico.

6. Não obstante a lei adjetiva não tenha fixado prazo máximo para as medidas de segurança, é firme na jurisprudência o entendimento de que esta deve ser limitada ao prazo máximo da pena cominada em abstrato ao crime, sob pena de permissão de penas perpétuas, o confronto com a Constituição Federal, e violação ao princípio da proporcionalidade.

7. Recurso parcialmente provido para fixar o prazo máximo de 5 (cinco) anos para o tratamento ambulatorial.¹²⁹

Dessa forma, mesmo que muito timidamente e sem mencionar explicitamente a Lei 10.216/10 de Reforma Psiquiátrica, a jurisprudência tem entendido pela possibilidade do tratamento ambulatorial em crimes punidos por reclusão aos inimputáveis em todas as instâncias.

4.4 Sobre o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ) e o PAILI

Colocando na prática as orientações da Lei 10.216/10 à esfera jurídica, há mais de 10 (dez) anos, em dezembro de 2001, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais juntamente com o Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Belo Horizonte,

¹²⁹ DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Apelação Criminal. *Acórdão n.548968*, 20100112062564APR, Segunda Turma Criminal. Apelante: Arthur Spinelli Correia. Apelado: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Relator(a): Desembargador Silvânio Barbosa dos Santos. Revisor(a): Desembargador João Timóteo de Oliveira. Brasília, 10 de novembro de 2011. Disponível em: <http://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaoid=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordaoGet&baseSelecionada=BASE_ACORDAOS&numeroDoDocumento=548968&idDocumento=548968>. Acesso em: 22 set. 2015.

instituiu o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ).¹³⁰

Esse programa visa acompanhar o portador de doença mental que cometeu crime em todas as etapas da ação criminal até o fim da execução penal através de uma equipe multidisciplinar (psicólogos, assistentes sociais judiciais e assistentes jurídicos) que por determinação dos juízes das varas criminais ou de outros interessados (família, estabelecimento prisional, instituição de tratamento em saúde mental, etc) decidem a melhor medida judicial a ser executada.¹³¹

O objetivo inicial do programa era somente regular as relações conturbadas entre a Justiça e a área de Saúde Mental, mas, de forma surpreendente, o programa alcançou um patamar muito mais alto do que se esperava. Além do objetivo principal, também se tornou possível ver os doentes mentais criminosos fora dos manicômios judiciais sem o risco de prejudicar judicialmente o caso.¹³²

Com o advento desse programa, foi dado aos pacientes judiciais o respeito aos direitos humanos, aos princípios constitucionais, as orientações advindas da Lei de Reforma Psiquiátrica e a dignidade do paciente, superando o estigma de periculosidade dado a eles no decorrer da história.¹³³

Explicando de forma resumida como na prática funciona o PAI-PJ, Alessandra Rapassi diz que:

¹³⁰ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹³¹ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹³² BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹³³ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

“após determinação do juiz, “a equipe de psicologia realiza uma avaliação do caso e imediatamente o acompanha até a rede pública de saúde visando a construção de um projeto clínico” – que pode resultar em internação hospitalar ou no centro de referência em saúde mental (em caso de crise) ou na adoção de medidas extra-hospitalares, a exemplo do encaminhamento para serviços de hospital-dia, centros de saúde, oficinas de trabalho terapêutico, centros de convivência, orientação e tratamento odontológicos ou assistência social. O Serviço Social participa a partir da realização de estudo do caso e orientação para garantia dos benefícios que o Estado assegura a esses cidadãos. Também a família recebe orientação, acolhimento e assistência psicológica individual ou em grupo.”¹³⁴

Vale destacar que nos casos de internação, a própria equipe de saúde pede ao juiz que a retirada do paciente judiciário seja feita gradualmente e com assistência.¹³⁵

Com mais de dez anos de funcionamento, o PAI-PJ atendeu 799 infratores com doença mental onde 70% deles se encontram cumprindo medida de segurança em casa com seus familiares, estudando ou trabalhando. Apenas 23% estão em regime de internação e outros 7% internados na Rede Pública de Saúde.¹³⁶

Observa-se, ainda, que os “resultados atingidos pelo programa permitiram destruir o mito que envolve o doente mental. O índice de reincidência é praticamente zero, sendo que nenhum dos pacientes condenados pela prática de crime violento voltou a cometê-lo”¹³⁷.

Baseado no PAI-PJ, em 2006, foi criado e implantado inicialmente em Goiânia/GO através dos Ministérios da Justiça e da Saúde, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI). O programa exerce o importante papel de acompanhar os

¹³⁴ PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 75

¹³⁵ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹³⁶ MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI – PJ). *Resultados*. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal/acoes-e-programas/novos-rumos/pai-pj/resultados/>>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹³⁷ MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI – PJ). *Resultados*. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal/acoes-e-programas/novos-rumos/pai-pj/resultados/>>. Acesso em: 22 set. 2015.

pacientes que foram julgados e absolvidos pelo Judiciário, mas que, pela doença ou perturbação da saúde mental do infrator, são sujeitos ao tratamento psiquiátrico compulsório.

O Promotor de Justiça Haroldo Caetano da Silva explica em seu artigo sobre o PAILI que

“Essa prática da internação em manicômio, todavia, tornou-se ilegal com a edição da Lei 10.216/2001, não sem razão conhecida como Lei Antimanicomial, que passou a proibir a internação em unidade com características asilares, dentre outras disposições que vieram humanizar a atenção em saúde mental no Brasil. Desde então, pois, a prática costumeira de prender os loucos em manicômios judiciários não mais tem sustentação jurídica. A internação deixa de ter a periculosidade como fundamento, podendo ser utilizada, sim, mas apenas quando houver a indicação clínica dessa medida e quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, dando-se prioridade para o atendimento em serviços comunitários de saúde mental, como diz a lei.”

O PAILI que acompanha hoje 243 pacientes através de uma equipe multidisciplinar (advogada, assistentes sociais, psicólogas, acompanhante terapêutico e auxiliar administrativo, todos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde)¹³⁸, exerce a total prática da Lei de Reforma Psiquiátrica.¹³⁹ Os resultados desse acompanhamento são positivos trazendo de volta a dignidade humana do louco infrator. De acordo ainda com o Promotor Haroldo, os resultados depois de mais de 300 pacientes acompanhados, possuem “baixíssimos índices de reincidência, sem nenhum caso de novo homicídio praticado por paciente”.¹⁴⁰

Assim, esses dois novos sistemas de execução das medidas de segurança mostram-se muito bem sucedidos, de acordo com os resultados obtidos, demonstrando

¹³⁸ GOIÁS. Ministério Público do Estado de Goiás. *Cartilha do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*, 2009. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/cartilhadopailli.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹³⁹ GOIÁS. Secretaria da Fazenda do Estado de Goiás. *Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=153172>>. Acesso em: 22 set. 2015.

¹⁴⁰ SILVA, Haroldo Caetano da. *Crime e Loucura*. Artigo do Promotor de Justiça sobre o (Paili). Secretaria da Fazenda do Estado de Goiás, 2013. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_523_LoucuraAeACrimeA-AartigoADr.AHaroldo.doc>. Acessado em: 22 set. 2015.

que há sim a possibilidade do tratamento extra-hospitalar ser regra no ordenamento jurídico penal, recepcionando em íntegra a Lei de Reforma Psiquiátrica no Direito Penal e na Lei de Execução Penal.

CONCLUSÃO

A partir do século XIX, o doente mental passou a ser alcançado pelas normas penais através das medidas de segurança, quando considerados inimputáveis em virtude de sua periculosidade. Contudo, a segregação desses indivíduos iniciou bem antes, no decorrer da história.

Aos doentes mentais que cometessem crimes, surge a internação compulsória por meio do manicômio judiciário com o objetivo de tratar esses pacientes, mas que, no final, tornaram-se instituições que buscam muito mais segregá-los e esquecê-los buscando o bem-estar da sociedade com a desculpa da periculosidade, do que tratá-los de acordo com a necessidade da doença.

A periculosidade continua, até os dias de hoje, sendo o motivo decisivo da medida de segurança, só que de acordo com a legislação penal, essa ponderação é feita por um juiz que presume a periculosidade por ser o indivíduo portador de doença mental e pela gravidade abstrata do crime.

Contudo, por ser uma característica extremamente pessoal, a periculosidade não pode ser tratada de forma presumida, devendo ser provada sob pena de cair na gravidade abstrata do crime impondo a medida de segurança somente baseada no crime praticado, sem considerar a pessoa como sujeito de direitos digno dos princípios da individualização e da proporcionalidade.

Com o advento dos ideais antimanicomiais depois do século XX, deve ser reconsiderada a ideia de medida de segurança para discutir sua abolição ou ao menos, por ser vinculada ao Estado, a sua regulação para que as garantias dos indivíduos sejam preservadas.

Como consequência desses ideais antimanicomiais, a Lei de Reforma Psiquiátrica (n. 10.216/01) surgiu para regular uma nova política pública de saúde com referência aos doentes mentais, ressaltando que a regra geral para o tratamento

desses indivíduos deve ser os recursos extra-hospitalares e, somente quando esses recursos se demonstrarem insuficientes, a internação é medida que se impõe. Dessa forma, a internação passa a ser exceção e não regra.

Demonstram-se bastante convincentes os argumentos que a Lei de Reforma Psiquiátrica deva sobrepor ao entendimento da legislação penal no que se refere à medida de segurança, uma vez que a lei 10.216/01 é mais recente e foi promulgada com o objetivo de acolher o indivíduo detentor de doença mental, preocupando-se com os tratamentos necessários à sua condição, não excluindo a sua aplicação aos pacientes que praticarem fato previsto como crime punido com reclusão.

A jurisprudência em todas as instâncias mostrou que apesar do Código Penal entender que a regra para os inimputáveis que cometem crimes punidos por reclusão ser a internação compulsória, os Tribunais têm se posicionado pela possibilidade do tratamento ambulatorial ainda que nesses casos.

Através dos resultados dos programas PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) e PAI-PJ (Programa de Atenção Integral) que colocaram a Lei de Reforma Psiquiátrica em prática, leva a concluir que o tratamento individualizado e direcionado nas necessidades dos inimputáveis que cometem crimes previstos com pena de reclusão é o melhor caminho para resgatar esses indivíduos para a sociedade de forma digna.

Assim, a medida de segurança deve ser adequada as necessidades de tratamento do doente mental infrator devendo-se interpretar a legislação penal de acordo com a Lei de Reforma Psiquiátrica. E, se não recepcionada completamente pelo Direito Penal, que ao menos o juiz possa escolher pelo melhor tratamento ao inimputável, juntamente com os profissionais da saúde, não se vinculando a uma imposição literal e técnica da lei.

REFERÊNCIAS

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

Disponível em:

<http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>.

Acesso em: 22 set. 2015.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Código penal comentado*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BITENCOURT, Cezar Roberto; MUÑOZ CONDE, Francisco. *Teoria geral do delito*. São Paulo: Saraiva, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010.

Disponível em:

<http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/resolucao/resolucao_113_20042010_17092014151511.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária. <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnppcp-1/anexos-cnppcp/plano-politica-criminal-e-penitenciaria-2011.pdf>>. Acessado em: 22 set. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Resolução n.º 05, de 04 de maio de 2004*. Disponível em:

<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2004resolu05.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRASIL. *Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903*. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. *Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. *Decreto-lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941*. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22

set. 2015.

BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. *Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acessado: 22 set. 2015.

BRASIL. *Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional. *Reforma psiquiátrica e manicômio judiciário: relatório final do Seminário para a Reorganização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Rel_Sem_Reo_Hosp_Custodia.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *CAPS*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. *Resp n. 912.668/SP*, Sexta Turma. Recorrente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Recorrido: A C. Relator(a): Ministro Rogério Schietti Cruz. Brasília, 18 de março de 2014. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=34438655&num_registro=200700019224&data=20140407&tipo=5&formato=PDF>. Acesso: 22 set. 2015.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. *REsp 1266225/PI*, Sexta Turma. Recorrente: Ministério Público do Estado do Piauí. Recorrido: G K. Relator(a): Min. Sebastião Reis Júnior. Brasília, 6 de agosto de 2012. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=23547019&num_registro=201101720306&data=20120903&tipo=5&formato=PDF>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Súmula n. 527*. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas/doc.jsp?livre=@num='527'>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus. *HC 85401/RS*, Segunda Turma. Paciente: Márcio Luís Flores de Oliveira. Impetrante: José Francisco Fischinger Moura de Souza. Relator(a): Min. Cezar Peluso. Brasília, 04 de dezembro de 2009. Disponível

em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=607649>>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Criminal. *ACR 0001393-70.2002.4.01.3800/MG*, Terceira Turma. Apelante: Ronilson Moraes dos Santos. Apelado: Justiça Pública. Relator(a): Desembargador Federal Tourinho Neto. Brasília, 30 de novembro de 2012. Disponível em: <<http://arquivo.trf1.jus.br/PesquisaMenuArquivo.asp?p1=13937020024013800&pA=200238000013538&pN=13937020024013800>>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Criminal. *ACR 0002179-12.2005.4.01.3800/MG*, Terceira Turma. Apelante: Justiça Pública. Apelado: Geozadak Alves de Souza. Relator(a): Desembargador Federal Tourinho Neto. Brasília, 19 de novembro de 2012. Disponível em: <<http://arquivo.trf1.jus.br/PesquisaMenuArquivo.asp?p1=21791220054013800&pA=200538000021937&pN=21791220054013800>>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRUNO, Aníbal. *Direito penal: Parte geral*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984. t. 3.

CAPEZ, Fernando. *Curso de direito penal: parte geral*. 10. ed, São Paulo: Saraiva, 2006. v.1.

CAVALCANTE, Márcio André Lopes. *Súmula 527 – STJ*. Disponível em: <<https://dizerodireitodotnet.files.wordpress.com/2015/05/sc3bamula-527-stj.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CUNHA, Rogério Sanches. *Novas súmulas 526, 527 e 528 comentadas*. Disponível em: <<http://www.portacarreirajuridica.com.br/noticias/novas-sumulas-do-stj-526-527-e-528-comentadas-elo-prof-rogerio-sanches-cunha>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

DISTRITO FEDERAL Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Apelação Criminal. *Acórdão n.847275*, 20110410088872APR, Primeira Turma Criminal. Apelante: Vicente Soares Ribeiro. Apelado: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Relator(a): Desembargador Mario Machado. Revisor(a): Sandra de Santis. Brasília, 29 de janeiro de 2015. Disponível em: <http://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaold=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordaoGet&baseSelecionada=BASE_ACORDAOS&numeroDoDocumento=847275&idDocumento=847275>. Acesso em: 22 set. 2015.

DISTRITO FEDERAL Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Apelação Criminal. *Acórdão n.704306*, 20121210000686APR, Segunda Turma Criminal. Apelante: A. S. P. Apelado: M. P. D. F. E. T. Relator(a): Desembargador Silvânio Barbosa dos Santos. Revisor(a): Desembargador João Timóteo de Oliveira. Brasília, 15 de outubro de 2013. Disponível em: <<http://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaold=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBusca>>.

AcordaoGet&baseSelecionada=BASE_ACORDAOS&numeroDoDocumento=704306&idDocumento=704306>. Acesso em: 22 set. 2015.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Apelação Criminal. *Acórdão n.548968*, 20100112062564APR, Segunda Turma Criminal. Apelante: Arthur Spinelli Correia. Apelado: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Relator(a): Desembargador Silvânio Barbosa dos Santos. Revisor(a): Desembargador João Timóteo de Oliveira. Brasília, 10 de novembro de 2011. Disponível em: <http://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaoid=tjdf.sistj.acordaoeltronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordaoGet&baseSelecionada=BAS E_ACORDAOS&numeroDoDocumento=548968&idDocumento=548968>. Acesso em: 22 set. 2015.

FABRIS, Sérgio Antônio. *Teoria geral do crime*. Porto Alegre: Fabris, 1991.

FERRAJOLI, Luigi. *Direito e razão: teoria do garantismo penal*. 2. ed. São Paulo: RT, 2006.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GOIÁS. Ministério Público do Estado de Goiás. *Cartilha do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*, 2009. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/cartilhadopailli.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

GOIÁS. Secretaria da Fazenda do Estado de Goiás. *Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=153172>>. Acesso em: 22 set. 2015.

GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*. 10. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011. v.1.

JACOBINA, Paulo. *Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário*. Monografia (Especialização) à Distância em Direito Sanitário para Magistrados e Membros do Ministério Público, promovido pela UNB e FIOCRUZ. Brasília, 2003.

JESUS, Damásio E. de. *Direito Penal, volume I: parte geral*. 31 ed. São Paulo. Saraiva, 2010

MARQUES, José Fredereico. *Tratado de direito penal*. Campinas: Millenniumm, 2002, v. 3.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI – PJ). *Resultados*. Disponível em:

<<http://www.tjmg.jus.br/portal/acoes-e-programas/novos-rumos/pai-pj/resultados/>>. Acesso em: 22 set. 2015.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de direito penal: parte geral*, arts. 1º a 120 do CP. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. v. 1.

NORONHA, E. Magalhães. *Direito penal*. 34. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de direito penal: parte geral: parte especial*. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006>. Acesso em: 22 set. 2015.

PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Tratamento extra-hospitalar: possibilidade de adoção em crimes punidos com reclusão. In: SCARPA, Antônio Oswaldo. *Temas de direito penal e processual penal: estudos em homenagem ao juiz Tourinho Neto*. Salvador: Juspodivm, 2013.

PRADO, Luiz Regis. *Direito penal: parte geral*, 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008. v. 1.

QUEIROZ, Paulo. *Curso de direito penal: Parte geral*. 10. ed. Salvador: JusPodivm, 2014.

SILVA, Haroldo Caetano da. *Crime e Loucura*. Artigo do Promotor de Justiça sobre o (Paili). Secretaria da Fazenda do Estado de Goiás, 2013. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_523_LoucuraAeACrimeA-AartigoADr.AHaroldo.doc>. Acessado em: 22 set. 2015.

SILVA, Martinho Braga Batista e. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010. p. 654.

TELES, Ney Moura. *Direito penal: Parte geral*. São Paulo: Atlas, 2004.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, na década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, n.1. p. 25-59, jan.-abr. 2002.

TOLEDO, Francisco de Assis. *Princípios básicos de direito penal*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.